ESSAI

N° 117.

SUR

LA PLEURÉSIE AIGUË;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 juin 1828, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR P.-N. LACASSAGNE.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13

1828.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LANDRE-BEAUVAIS, Doyen.	Messieurs
Anatomie	GRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN fils.
Histoire naturelle médicale	CLARION.
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL,
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN, *Examinateur.* ROUX, *Examinateur.*
Pathologie médicale	FIZEAU. FOUQUIER, *Président.*
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	DESORMEAUX.
Clinique médicale	CAYOL. CHOMEL. LANDRÉ-BEAUVAIS. RÉCAMIER, *Examinateur.*
Clinique chirurgicale	BOUGON. BOYER, *Suppléant.* DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. CHAUSSIER, DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, DUBOIS, LALLEMENT, LEROUX, PELLETAN père, VAUQUELIN.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Arvers.	Gibert.
Baudelocq	Kergaradec.
Bouvier.	Lisfranc.
Breschet.	Maisonabe.
Cloquet (Hippolyte.)	Parent du Chatelet.
Cloquet (Jules).	Pavet de Courteille, *Examinateur.*
Dance.	Ratheau.
Devergie.	Richard, *Suppléant.*
Dubois.	Rochoux.
Gaultier de Claubry.	Rullier.
Gérardin.	Velpeau, *Examinateur.*
Gerdy.	

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

A LA MÉMOIRE DE LA MEILLEURE

DES MÈRES.

P.-N. LACASSAGNE.

A MON PÈRE.

A LA MÉMOIRE DE LA MEILLEURE

DES MÈRES.

ESSAI

SUR

LA PLEURÉSIE AIGUË.

La pleurésie est l'inflammation de l'une ou des deux membranes séreuses connues sous le nom de plèvres. Depuis *Hippocrate*, qui désignait par πλευριτις toute espèce de douleur de côté, spécialement celle qui est aiguë et accompagnée de fièvre, jusque dans le dernier siècle, de fréquentes discussions ont eu lieu sur le siége de cette maladie. Long-temps confondue, sous le nom de *pleuro-pneumonie*, avec la phlegmasie aiguë du parenchyme des poumons, elle en a été distinguée par les travaux du professeur *Pinel*.

La pleurésie se présente dans tous les temps de l'année; elle est cependant plus commune dans l'hiver et au printemps que dans les autres saisons; sa fréquence est telle à cette époque qu'on a pu la regarder comme épidémique, surtout dans les pays froids et élevés, exposés au vent du nord, où elle est en quelque sorte endémique. Des observateurs dignes de foi ont cru qu'elle pouvait être contagieuse.

Les autres principales différences que présente cette affection sont relatives à l'état aigu, chronique ou latent, à l'étendue de l'inflamma-

tion. Ainsi elle peut être simple ou double, générale ou partielle, compliquée avec d'autres maladies, dont elle est quelquefois la conséquence. Ses formes sont si variées, qu'on ne saurait les réunir dans une même description. Je ne dois m'occuper ici que de la pleurésie aiguë simple.

Anatomie pathologique. Les altérations organiques varient suivant le degré de l'inflammation. Dans l'état aigu, la membrane paraît rouge, injectée; sa rougeur, disposée en points, en plaques, en stries, a communément son siége dans le tissu cellulaire qui l'unit aux parties contiguës, et non dans la plèvre elle-même. Cependant une phlegmasie qui se prolonge beaucoup peut rendre la séreuse vasculaire et ses villosités saillantes. Quand à l'opacité et à l'augmentation d'épaisseur, ces deux changemens lui sont le plus souvent étrangers, et dépendent de l'épaississement des couches celluleuses sous-jacentes.

Si le malade succombe au bout de deux ou trois jours, la surface de la plèvre présente une exsudation albumineuse très-mince, et qui devient sensible à la vue lorsqu'on la détache avec le manche du scalpel. Si la mort n'a lieu qu'après cinq ou six jours, et à plus forte raison qu'après une ou plusieurs semaines, l'inflammation aura déterminé la sécrétion d'un liquide et d'une matière plastique, dont les couches plus ou moins épaisses constituent les pseudo-membranes, lesquelles sont tantôt adhérentes à la membrane séreuse, tantôt libres et flottantes dans sa cavité. Dans les premiers temps elles consistent en concrétions albumineuses et fibrineuses sans résistance; ensuite elles sont plus nombreuses, plus épaisses, d'une consistance relative à la durée de la pleurésie. Elles se présentent spécialement sous la forme de filamens, de lames, de brides, de granulations et quelquefois de mamelons; déterminent souvent des adhérences qui s'organisent plusieurs années après la guérison, et contiennent des vaisseaux s'anastomosant avec ceux des parties voisines. Ces adhérences s'établissent entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale, et

occupent ordinairement la partie supérieure ; quelles que soient leurs formes, elles sont un indice certain d'une pleurésie antérieure. La couleur des fausses membranes est en général la même que celle des liquides. Chez les phthysiques, elles renferment quelquefois des tubercules. Enfin, on doit considérer comme étant en quelque sorte le terme des altérations que laissent après elles les phlegmasies chroniques de la plèvre, les plaques fibreuses, fibro-cartilagineuses, osseuses, qu'on observe surtout chez les vieillards.

Le liquide qui accompagne la formation des fausses membranes varie sous le rapport de la couleur, la consistance, la quantité et l'odeur. Il a ordinairement l'aspect du petit-lait non clarifié. Communément inodore dans la pleurésie aiguë, quelquefois exhalant une odeur aigrelette, ou comme vineuse, très-nauséabonde, la matière de l'épanchement présente une sérosité louche et purulente, tenant en suspension des flocons albumineux dont la plus grande partie se précipite au fond ; d'autres fois elle est limpide, sans mélange de débris de fausses membranes ; dans quelques cas, c'est un véritable pus. Il est bien plus rare de rencontrer une sérosité sanguinolente dans laquelle on distingue des caillots fibrineux. La quantité de l'exhalation peut varier depuis moins d'une once jusqu'à plusieurs pintes, même dans les cas où la maladie s'est brusquement terminée par la mort. Mais il est vrai de dire que l'épanchement s'accroît pendant quelques jours, et que ce n'est qu'au bout de ce temps qu'il devient évidemment manifeste par la dilatation de la poitrine. On a constaté dans cette cavité la présence de certains gaz, en même temps que des liquides. Ceux-ci et les fausses membranes exhaleront une odeur gangréneuse, toutes les fois que la pleurésie sera consécutive à une gangrène superficielle du poumon.

Si l'épanchement est considérable, les organes contenus dans le thorax éprouvent des changemens notables ; ainsi le poumon, affaissé sur lui-même, est plus ou moins refoulé dans la gouttière vertébrale, suivant l'ancienneté de l'épanchement, à moins que des adhérences ne s'y soient opposées ; il contient moins d'air, moins de sang. Sa tex-

ture, quoique modifiée, est assez facile à reconnaître. Lorsqu'il n'a été comprimé que peu de temps, et qu'on l'insuffle, il revient à peu près à ses dimensions premières ; dans le cas contraire, l'insufflation ne peut lui rendre son volume primitif. Le rétrécissement du côté affecté appartient à la pleurésie chronique ; dans la pleurésie aiguë, la dilatation du même côté est quelquefois sensible ; les espaces intercostaux peuvent être augmentés, les côtes elles-mêmes plus portées en dehors, le diaphragme refoulé vers l'abdomen, d'où résulte la saillie plus considérable des viscères qu'il contient. On a vu le cœur être rejeté à droite par un épanchement considérable qui occupait la plèvre gauche.

Causes prédisposantes. Parmi ces causes, la plupart des auteurs ont indiqué le sexe masculin, la jeunesse ou l'âge adulte, un genre de vie actif, le tempérament sanguin, surtout si, à un état pléthorique, se joint quelque vice de conformation dans les parois du thorax. Les pays froids, les lieux secs et montagneux; certaines professions, comme celles qui exposent le plus aux intempéries de l'air, celles qui obligent à faire de grands efforts de voix, prédisposent en général aux maladies de poitrine. Les tubercules pulmonaires, les phlegmasies des autres organes, celles principalement des membranes séreuses, deviennent souvent causes déterminantes de l'inflammation de la plèvre.

Quant aux *causes occasionnelles*, elles sont en grand nombre, les principales sont : l'exposition au froid sec et humide, particulièrement quand le corps est échauffé ou en sueur, l'usage des boissons froides après une longue course, une vive émotion; des exercices violens et inaccoutumés, soit de tout le corps, soit spécialement des organes respiratoires ; l'immersion générale ou partielle dans l'eau froide, l'usage de vêtemens trop légers. On a encore rangé parmi ces causes la suppression des menstrues, de la transpiration, d'une hémorrhagie habituelle, une métastase dartreuse ou rhumatismale, etc. Leur influence sur la production de la pleurésie est en général très-douteuse, car le plus souvent elle se développe

sans le concours d'aucune cause appréciable. Dans quelques cas elle est produite par des causes extérieures manifestes, telles que des contusions de la poitrine, des coups, des chutes, des plaies pénétrantes ou non pénétrantes, des fractures de côtes, un corps étranger resté dans la plèvre. Ces dernières causes sont vraiment déterminantes, et peuvent agir indépendamment de toute disposition interne.

Symptômes. La pleurésie est presque toujours annoncée par des symptômes précurseurs qui varient dans leur durée comme dans leur intensité. Tantôt elle est précédée de plusieurs jours de malaise, d'inappétence, de lassitudes générales, de douleurs vagues dans les membres; tantôt c'est un frisson plus ou moins violent auquel succède une chaleur vive; quelquefois aussi son invasion est brusque. Bientôt le malade ressent une douleur aiguë qui occupe le plus souvent le voisinage du mamelon, ne s'y fait sentir que dans un point très-borné, et oblige le malade de se coucher sur le côté sain. Cette douleur est le symptôme principal, et l'un des plus constans de la pleurésie; elle est pongitive, augmente par la percussion, l'éternument, la toux, le décubitus sur le côté affecté, et surtout par l'inspiration, qui est courte et répétée; rarement diffuse, elle peut néanmoins s'étendre à tout un côté de la poitrine, avoir son siége dans l'hypochondre. On a vu le point pleurétique à droite et la pleurésie à gauche. La douleur peut encore être continue ou rémittente, ne se faire sentir que pendant la toux, à peine sensible ou même nulle. On observe une gêne plus ou moins grande de la respiration, qui est le plus souvent courte, fréquente, interrompue par la douleur à mesure que le thorax se dilate. L'accélération devient plus marquée si on fait parler le malade, si on lui fait exécuter quelque mouvement. La toux est comme imparfaite, ordinairement sèche ou accompagnée d'une expectoration blanchâtre, écumeuse, offrant quelquefois des mucosités striées de sang, quand les secousses ont été très-fortes.

La voix est saccadée, le malade ne prononce que quelques syllabes de suite, s'arrête souvent au milieu des mots pour respirer.

Outre ces symptômes, l'inflammation de la plèvre présente un trouble plus ou moins marqué des diverses fonctions : il y accélération de la circulation, augmentation de la chaleur de la peau, tantôt sèche, tantôt humide; le malade, obligé de garder le lit, se couche sur le dos ou sur le côté sain; la face est animée, la soif vive, l'appétit nul, la langue rouge ou blanchâtre; le pouls est fréquent, petit et concentré dans la douleur aiguë; d'autres fois dur, développé; l'urine rouge, peu abondante; le sommeil nul ou interrompu; rarement trouble dans les idées.

Signes fournis par la percussion et l'auscultation.

La percussion ne fournit aucun signe bien sûr dans les commencemens de la maladie, et l'auscultation ne fait entendre qu'une légère diminution dans la force du bruit respiratoire; alors il n'y a point égophonie, et le son reste clair. Ce sont les pleurésies qu'on a nommées *pleurésies sèches* ou *sans épanchement*, bien distinctes, en cela, de la pleurésie avec épanchement médiocre ou considérable.

On doit craindre cette terminaison toutes les fois que les symptômes continuent à augmenter après le troisième et le quatrième jour. Si à cette époque, ou même dès le premier jour, lorsque l'exhalation est assez considérable, l'on percute la poitrine, on trouve une différence très remarquable dans la sonoréité des deux côtés : du côté sain, le son est clair; il est obscur ou mat du côté affecté; d'abord l'obscurité du son n'existe qu'à la partie postérieure et inférieure; puis, à mesure que la quantité du liquide augmente, on la perçoit dans tout le côté malade. Le son peut encore être plus ou moins obscur quand des couches albumineuses ont épaissi les parois du thorax.

L'auscultation médiate ou immédiate ne donne qu'une différence

notable dans le bruit respiratoire, jusqu'à ce qu'un liquide soit épanché dans les plèvres ; si celui-ci est en petite quantité, la voix présente à l'oreille des modifications remarquables : ainsi elle est aigre, tremblottante comme celle d'une chèvre. C'est à ce phénomène que M. *Laennec* a donné le nom d'*égophonie*. Lorsqu'elle a lieu vers un point voisin d'un gros tronc bronchique, il s'y joint un retentisement singulier : la voix se rapproche alors du *langage de polichinelle*. L'égophonie indique un épanchement peu abondant, et cesse dès qu'il l'est trop ; elle peut être suspendue pendant quelque temps, reparaître quand le malade a craché, d'autres fois ne se marquer que dans la prononciation de certains mots ; nous rappellerons également qu'elle semble indiquer la partie supérieure du liquide, et qu'on l'entend plus particulièrement entre le rachis et l'omoplate, entre l'omoplate et la mamelle. Dans les points où l'égophonie a lieu, l'oreille obtient souvent un souffle semblable à celui que produit l'air en traversant un conduit d'une certaine largeur : c'est la *respiration bronchique*, d'autant plus sensible que le malade respire plus vite.

Si la collection augmente, et c'est ordinairement du septième au quatorzième jour que l'exaspération a eu lieu, si même, dès le début, elle a été prompte et abondante, on observe que le son est mat dans une grande étendue ou dans tout le côté ; les malades se couchent sur ce même côté ; l'égophonie a disparu, la respiration devient moins forte ; bientôt on ne fait que la soupçonner ; elle cesse, on ne l'entend qu'à quelques travers de doigt de la colonne vertébrale, et avec moins de violence que du côté sain, où elle devient ordinairement puérile. Il est un autre phénomène caractéristique, c'est la dilatation du côté qui est le siége de l'épanchement ; en mesurant avec attention, on peut trouver une différence d'un pouce et même plus.

Marche et terminaisons. Le plus grand nombre des pleurésies se termine par la guérison, ainsi qu'on peut en juger d'après l'extrême fréquence des adhérences pulmonaires. Dans le premier degré de l'in-

flammation, c'est-à-dire sans épanchement, les symptômes, après avoir persisté pendant deux ou trois jours, diminuent peu à peu ou rapidement, et le malade entre en convalescence. La terminaison peut encore être heureuse et prompte, quand la quantité du fluide épanché a été médiocre; mais, lorsque l'exhalation a été très-abondante, la maladie devient beaucoup plus grave, et la mort survient. Toutefois, la guérison n'est pas impossible, on peut établir la proportion à moitié des malades.

Dans les cas où la résolution s'opère rapidement, en même temps qu'on observe une diminution graduelle dans les symptômes généraux, on trouve que, le son restant encore mat, le bruit respiratoire recommence à se faire entendre: d'abord faible et lointain, puis plus rapproché et plus fort, ce bruit reparaît le long du rachis, au sommet de la poitrine, sous l'omoplate, et enfin vers la partie inférieure du thorax. La présence de nombreuses adhérences peut s'opposer au retour de l'égophonie, qui reparaît lorsque l'épanchement diminue. En explorant, à cette époque, la poitrine du malade, on entend la respiration devenir sensible dans les lieux que l'égophonie abandonne, à mesure que le liquide descend. Il est des pleurésies dans lesquelles le côté affecté ne devient jamais sonore; la respiration reste sensiblement gênée, faible plusieurs mois et même d'avantage, quoique la maladie se soit bien terminée.

Lorsque les malades succombent, soit parce que la résolution du liquide n'a pas lieu, soit parce qu'il acquiert des qualités plus nuisibles, ou que sa quantité augmente, ce n'est ordinairement qu'après être arrivés à un assez grand degré d'amaigrissement. Cette terminaison s'annonce par la cessation de la douleur, l'altération du visage, la petitesse et la fréquence du pouls; le malaise persiste, et le malade s'affaiblit peu à peu; des congestions sanguines ou séreuses vers les autres organes hâtent le moment fatal.

Dans quelques cas de pleurésie suppurée le liquide purulent se fraie une voie, soit au travers du tissu pulmonaire jusque dans les

bronches, d'où il est rejeté par expectoration, soit au travers des parois thoraciques. L'inflammation de la plèvre peut encore se terminer par une exhalation sanguine, décrite, par M. *Laennec*, comme une variété remarquable par la rapidité plus grande et la quantité de l'épanchement. La terminaison par gangrène est très-rare, elle ne paraît point être un effet de la violence de l'inflammation, mais presque toujours la suite de la rupture d'un abcès gangréneux du poumon.

La pleurésie, de même que les autres phlegmasies, présente quelquefois à son déclin des phénomènes critiques variés; les plus communs sont des sueurs copieuses, une urine sédimenteuse; beaucoup d'autres ont été néamoins observés, tels qu'une diarrhée modérée, diverses hémorrhagies, une sécrétion abondante de matière muqueuse dans les bronches. etc., etc.

Le *diagnostic* de la pleurésie aiguë est facile dans la plupart des cas, si on explore avec soin la poitrine du malade, à l'aide de la percussion et de l'auscultation; on ne devra donc jamais négliger la recherche des signes caractéristiques qu'elles fournissent. Cependant il est des pleurésies partielles qui ne sont et ne peuvent être reconnues qu'après la mort. Celles qui surviennent dans la dernière période des maladies aiguës sont souvent dans le même cas. La pneumonie, à raison de son siége, est la maladie avec laquelle la pleurésie a le plus d'analogie. Il importe de faire connaître quelques-uns des symptômes qui les distinguent l'une de l'autre. Dans l'inflammation du poumon, la douleur souvent gravative ne se fait vivement sentir que dans les efforts respiratoires; dans l'inflammation de la plèvre, la douleur lancinante, superficielle, augmente tellement par les mouvemens de l'inspiration qu'elle la rend entrecoupée. Si, en changeant de position, le son mat varie de région, il est certain que la cause est un liquide. Le son obscur dans le principe, et qui devient ensuite tout à fait mat, les crachats visqueux et sanguinolens, l'absence de la respiration précédée du râle crépitant, la bronchophonie, indi-

quent l'existence de la pneumonie. Dans la pleurodynie fébrile, qui simule quelquefois la pleurésie, le médecin doit agir comme s'il y avait inflammation de la plèvre. Plus tard, les signes fournis par l'examen du thorax empêcheront de confondre l'affection musculaire avec celle qui aurait lieu dans la membrane séreuse. Il en serait de même d'une bronchite très-intense, quoique la douleur, qui n'est point fixe, la toux, qui revient par quintes, puissent la faire reconnaître. La matité du son observée sur la région du cœur, le bruit plus sourd de ses contractions, les irrégularités du pouls, feront soupçonner l'existence d'un épanchement dans l'intérieur du péricarde.

Complications et variétés. La pleurésie se montre sous un grand nombre de formes variées, à raison de son siége, de l'âge des individus et de ses complications. Elle coexiste fréquemment avec l'inflammation aiguë du parenchyme des poumons; cependant de nombreuses observations ont prouvé qu'il est des cas où l'on trouve à l'autopsie des indices évidens de pleurésie sans pneumonie. La pleurésie qu'on a appelée *humide* s'accompagne du catarrhe pulmonaire. D'ailleurs, elle se montre escortée des symptômes de la fièvre bilieuse. Celle qui occupe les deux plèvres à la fois est remarquable par la dyspnée plus intense, et une plus grande altération qu'elle détermine dans les traits. Une douleur vive, superficielle, facilement exaspérée par la pression, l'immobilité presque complète des côtes dans les mouvemens de la respiration, qui n'a lieu que par le diaphragme, indiquent la pleurésie costo-pulmonaire; si elle est médiastine, les auteurs ont annoncé comme propre à la faire reconnaître une douleur profonde derrière le sternum. Tous les symptômes locaux peuvent également manquer, et ce cas constitue la pleurésie latente. A ces symptômes on doit toujours rattacher les signes physiques fournis par l'auscultation et la percussion; lorsque ces deux moyens d'exploration ne peuvent atteindre les points de la plèvre qui sont le siége

de la phlegmasie, comme cela arrive dans la pleurésie interlobaire et d'autres variétés, alors le diagnostic est très-obscur.

Le *prognostic* varie suivant la terminaison vers laquelle tend la maladie. Il n'est pas besoin de dire que la pleurésie, sans épanchement, est beaucoup moins grave que la pleurésie avec épanchement. Sa gravité est de plus en raison directe de la quantité du liquide amassé dans la plèvre. Il est vraisemblable qu'une collection purulente ou sanguine est plus dangereuse qu'une collection séreuse. Toutes choses égales d'ailleurs, l'inflammation qui affecte les deux poumons est plus fâcheuse que celle qui est bornée à un seul; celle qui en occupe la totalité, plus que celle qui est partielle. Le danger qui l'accompagne diffère encore, suivant un grand nombre de circonstances, comme la constitution des malades, la nature des causes, les complications, etc. La persistance de la fièvre, de la dyspnée, le délire, l'état de grossesse, et une poitrine mal conformée, sont presque toujours de mauvais augure.

Traitement. La facilité avec laquelle l'irritation se propage au tissu pulmonaire, et la disposition qu'elle affecte fréquemment de passer à l'état chronique, devront imposer au praticien l'obligation d'arrêter au plus tôt l'inflammation, de la modérer dans ses progrès, et de prévenir l'épanchement. Les émissions sanguines sont les premiers moyens sur lesquels doit se porter son attention. L'inefficacité apparente des premières évacuations n'est pas un motif suffisant pour y renoncer. On doit répéter la saignée autant que l'exige la persistance de l'inflammation, et que le permet la diminution des forces. On peut, si l'affaiblissement du malade n'y met pas obstacle, en faire deux ou trois dans le premier jour. L'expérience a prouvé qu'elles ont plus d'efficacité au début de la maladie.

On ne saurait déterminer d'une manière générale le nombre des saignées, la quantité de sang qu'on tire chaque fois, ni l'époque à

laquelle on ne doit plus recourir à ce moyen puissant. Il ne faut pas, comme l'ont conseillé quelques auteurs, y renoncer après le sixième ou le septième jour; car il est évident qu'on peut saigner à toutes les époques de la maladie lorsque l'état des forces le permet, et que l'intensité, et surtout la récrudescence des accidens, la rendent nécessaire. Le sang présente ici presque constamment la *couenne pleurétique*. Lorsque les saignées générales n'ont point dissipé la douleur, il est avantageux de l'attaquer par des sangsues, au nombre de quinze à trente, sur le point de côté; l'on entretient l'écoulement : on peut, au besoin, appliquer des ventouses sur les piqûres. Cette évacuation sera renouvelée si la persistance ou la réapparition de la douleur l'exigent. Ces moyens seront puissamment secondés, dans leur effet, par l'abstinence complète de toute espèce d'alimens, le repos du corps, et spécialement celui des organes respiratoires. Le malade prendra quelques boissons tièdes et mucilagineuses, telles que l'infusion de fleurs de violettes, de mauve ou de bouillon-blanc; les décoctions légères d'orge, de racine de guimauve, de réglisse; les solutions gommeuses convenablement édulcorées. On prescrira des lavemens émolliens, afin de tenir le ventre libre; ils devront être légèrement laxatifs, si la constipation est opiniâtre.

L'expérience prouve que les boissons acidules et les vomitifs ont une influence favorable sur la marche de la pleurésie bilieuse, lorsque les signes d'embarras gastrique ont persisté malgré l'emploi des moyens antiphlogistiques. Il en est de même de la douleur, quand elle a résisté aux émissions sanguines, on lui oppose des préparations opiacées, des cataplasmes émolliens ou narcotiques, si les malades peuvent les supporter.

Lorsque la pleurésie s'est terminée par épanchement, et que l'état des forces ne permet plus de tirer du sang, un vésicatoire de quatre à cinq pouces de diamètre, appliqué sur le côté affecté, paraît être le moyen le plus propre à favoriser la résorption du liquide. Il y aurait du danger à faire cette application trop tôt; elle ne paraît bien effi-

cace que quand les saignées ont été assez répétées pour ne pas craindre les phénomènes de réaction. Il faut entretenir la suppuration du vésicatoire, ou en remettre successivement plusieurs, suivant l'effet qu'on obtient. Si, au bout d'un certain temps, le liquide ne diminue pas; si, à plus forte raison, il augmente, on changera le mode d'irritation de la peau ; des vésicatoires seront appliqués aux jambes ou aux cuisses, celui de la poitrine sera remplacé, soit par des moxas qui seront transformés en de profonds cautères, soit par un séton, dont on entretiendra la suppuration.

En même temps qu'on emploie ces différens exutoires, on doit chercher, par l'usage des remèdes évacuans, à seconder la résolution du fluide épanché dans la plèvre. A cet effet, on prescrit les diurétiques, et particulièrement le nitrate de potasse, dont j'ai vu porter la dose, par M. *Chomel*, depuis un scrupule jusqu'à une et même deux onces en vingt-quatre heures; ou bien l'acétate de potasse, que M. *Laennec* a employé progressivement à la même dose. On donne encore avec efficacité le kermès, l'oxymel scillitique, la poudre de scille dans une infusion de sureau ou de tilleul, la digitale pourprée, etc. Les purgatifs doux peuvent aussi être administrés dans certains cas; les frictions mercurielles ont paru réussir quelquefois. Enfin, on a préconisé l'emploi du tartrate antimonié de potasse à haute dose; cette méthode compte d'illustres partisans en France et en Italie.

Une abstinence trop long-temps prolongée serait nuisible dans une affection qui tend à devenir chronique. Dans les premiers jours le malade doit être mis à la diète absolue, au bout de quelques jours on pourra prescrire quelques petits bouillons, plus tard du lait coupé, de la fécule, etc. Si les alimens augmentaient le mouvement fébrile, ils seraient suspendus. Il convient de recommander le repos ; toutefois, quand la convalescence est longue, on permet un exercice doux aux malades chez lesquels il n'augmente pas l'oppression.

Faut-il donner issue au liquide, lorsque, malgré tous les moyens mis en usage, l'épanchement persiste? Si les signes de la collection sont évidens, si la difficulté toujours croissante de la respiration fait craindre une suffocation imminente, on peut et l'on doit pratiquer l'opération de l'empième, malgré le petit nombre de succès dont elle a été généralement suivie.

FIN

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

A pleuritide aut à peripneumoniâ detento, alvi profluvium superveniens, malum.

II.

In acutis morbis extremarum partium frigus, malum.

III.

Mulierem in utero gerentem ab aliquo acuto morbo corripi, lethale.

IV.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est.

V.

Frigida, velut nix, glacies, pectori inimica; tusses movent, sanguinis eruptiones ac catarrhos inducunt.

VI.

Qui sanguinem spumosum exspuunt, his ex pulmone talis rejectio fit.